

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Réclamation | : contact@mupras.com |
| Prise en charge | : pec@mupras.com |
| Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

ND: 14347

Déclaration de Maladie : N° P19-0003746

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1657 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

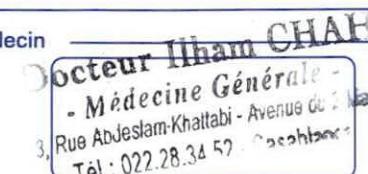
Nom & Prénom : CHRAIBI ABDELMALEK Date de naissance : 01/06/53

Adresse : 15 Rue El Caïd Ahmed casa

Tél. : 06.61.253.157 Total des frais engagés : 816,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/10/19

Nom et prénom du malade : CHRAIBI Abdellah Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de la peau - Acne rosacé

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Signature de l'adhérent(e) : CHRAIBI Abdellah



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1101 19	1C 1	150,66	<i>Doktor Ilhan CHAH - Médecine Générale - Rue Abdesslam Khattabi - Avenue du 2 Mai Tel : 02.28.34.57</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>AKMAL Boulevard Sidi El Mekki Tel: 0522 85 43 95 Fax: 0522 81 53 31 C: 318303 - IP: 1522193</i>	14/10/19	666,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	PPV:
				84,40
				LOT N°: 170438 UT.AV.: 03-21
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				PHARMED LOT : 9660 UT.AV:01-22 PPV: 20DH00
				PHARMED LOT : 7349 UT.AV: 04-20 PPV:20DH00
				PHARMED LOT : 4457 UT.AV: 03-21 PPV:20DH00
				PHARMED LOT: 9212 UT.AV:12-21 PPV: 21DH00
				DATE D'DEVIS
				DATE D'L'EXEC
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU

PPV 100H30
PER 10/20
LOT G2415

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

H CHRAIBI Abdelmalek.

148.5 3 445.5

Ordonnance

84.40

529.90

Casablanca, Le 14.06.2015

① Cachexan 500 mg - 65

20.0 150 60.0 31 i - 5

② Febne 500 mg - 5

24.0 150 31 i - 5

③ Rhinofluna 100 mg - 31 i (03)

10.33 41.2 100 mg - 31 i (03)

④ Polipnane 500 mg - 6

10.0 100 31 i - 6

⑤ ~~Amikarox 250 mg~~

666.40

Docteur Ilham CHAH
- Médecine Générale -
3, Rue Abdesslam Khatabi, Avenue du 2 Mars
Tel : 022.28.34.52 Casablanca